

## TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Por CECILIA ADRIANZEN\*

### RESUMEN

*Se revisan aspectos históricos, epidemiológicos, etiopatogénicos, clínicos y de tratamiento de los trastornos afectivos, con énfasis en depresión mayor, en niños y adolescentes. Además se trata brevemente sobre el suicidio y se elaboran algunas conclusiones.*

### SUMMARY

*We review historic, epidemiologic, etiopathogenic, clinical and therapeutical issues of mood disorders in children and adolescent, with emphasis in major depression. Also we address some aspects of suicide and elaborate a few conclusions.*

**PALABRAS-CLAVE:** Depresión, niños, adolescentes, suicidio.

**KEY WORDS :** Depression, children, adolescents, suicide.

### INTRODUCCION

Los trastornos afectivos mayores: depresión mayor y trastorno bipolar son patologías psiquiátricas frecuentes. La prevalencia de vida para depresión mayor es 15% en población general adulta y es de 1.5 a 3 veces más frecuente en las mujeres<sup>1,2</sup>. La prevalencia de vida del trastorno bipolar es 1%. Ambos trastornos pueden iniciarse en la infancia y su identificación, sobre todo en edades extremas de la vida, puede ser sumamente difícil. En los últimos años se ha observado incremento en la incidencia del trastorno depresivo en personas

menores de 20 años lo que a su vez se ha relacionado con aumento en el consumo de alcohol y otras sustancias psicótropas<sup>1</sup>. La depresión mayor es un trastorno crónico, puede llegar a ser incapacitante y como una de las complicaciones más graves figura el suicidio. Por otro lado, la incidencia de depresión mayor en poblaciones con otros trastornos médicos oscila entre 10 a 25% y a pesar de esta cifra tan alta, en servicios médicos de atención primaria se ha observado que la depresión frecuentemente es subdiagnosticada e inapropiadamente tratada<sup>4</sup>. Los trastornos depresivos en la práctica médica aparecen

---

\*Psiquiatra -Infantil.

asociados a aumento en la morbi-mortalidad, aumento de estancias hospitalarias, no cumplimiento de los diferentes tipos de tratamiento, influencia negativa en el sistema inmunológico, incapacidad laboral o educacional y aumento de costos directos, indirectos e intangibles<sup>5</sup>. Lo antes mencionado cobra mayor gravedad cuando hablamos de patología en niños y adolescentes ya que durante esta etapa de la vida, la maduración y el desarrollo de las capacidades mentales superiores y de adquisición de destrezas y habilidades están en efervescencia. El presente artículo revisa algunos aspectos de los dos trastornos afectivos mayores en niños y adolescentes y se dirige a los médicos de las diversas especialidades, sobre todo a aquellos que atienden a ese grupo etéreo.

#### ASPECTOS HISTORICOS

Los trastornos afectivos en niños y adolescentes fueron identificados desde el siglo XVII, según citan CARLSON & ABBOT<sup>6</sup>. En 1621, BURTON relacionó la educación con la melancolía; escribió que los malos padres, las madrastras, tutores, preceptores y maestros demasiado rigurosos y severos o demasiado descuidados o indulgentes por otro lado, eran la fuente de la melancolía en los niños. Además señaló que los padres melancólicos producen hijos que heredan sus características. En 1782, ARNOLD señala la vulnerabilidad a desarrollar "insanía nostálgica" que se presenta en gente joven apartada de su hogar, pero fue HOFER, quien hizo las primeras descripciones clínicas<sup>6,51</sup>. Posteriormente, otros autores describieron casos pero este tema no fue sistemáticamente desarrollado. En el presente siglo, KRAEPELIN describió psicosis maniaco depresiva en un niño de 6 años y en la literatura mundial aparecieron algunos informes de casos de depresión en adolescentes; sin embargo, la existencia de depresión entre la

población infantil fue puesta en duda hasta cerca de los años sesenta, ya que se pensaba, según la teoría dinámica, que sobre el superego inmaduro de los niños no podía desarrollarse un cuadro depresivo<sup>7</sup>. En 1934, Melanie KLEIN lanza el concepto de "posición depresiva" como parte del desarrollo psicogénico del niño. Las primeras experiencias instintivas como la alimentación servirían para organizar las operaciones psíquicas. Las buenas experiencias de satisfacción y gratificación van unidas a la pulsión libidinal y son introyectadas por el niño (objeto bueno); mientras que las experiencias de frustración o displacer van unidas a la "pulsión de muerte" y son proyectadas al exterior (objeto malo); esta etapa es llamada "posición esquizoparanoide" y se sitúa alrededor del segundo semestre de vida. Hacia los 12 a 18 meses se identifica la etapa de "posición depresiva"; las repetidas experiencias con la madre, permiten al niño unir el seno bueno con el seno malo, la madre buena con la madre mala, lo cual genera angustia depresiva y culpabilidad debido al amor y el odio que siente hacia el mismo objeto, posteriormente las experiencias buenas predominarán sobre las malas y mediante una serie de mecanismos el niño percibirá de un modo más realista a la madre como un objeto total hacia el cual experimentará sentimientos ambivalentes<sup>8,9</sup>.

Cerca de treinta años después, John BOWLBY, apoyándose en trabajos etológicos postula la teoría del vínculo. Considera que la vinculación del bebé con la madre y de la madre con el bebé resulta de cinco sistemas conductuales propios de la especie: succionar, agarrarse, seguir, llorar y sonreír. Al tratar sobre separación materna, BOWLBY sostiene que el período más sensible oscila entre los 5 meses y los 3 años de edad y describió las siguientes fases: 1) fase de protesta al momento de la separación, el niño llora, intenta seguir a los padres, les

llama sobre todo al acostarse y se muestra inconsolable. 2) fase de desesperanza en la que se rehusa a comer, se muestra inactivo, callado, no pide ni acepta nada del entorno, parece sentir un gran dolor; y 3) fase de desvinculación y en la que deja de rehusar los contactos del entorno, acepta cuidados y juguetes, si retorna la madre llora y puede que no la reconozca. La experiencia de separación ocasiona respuestas de ansiedad y cólera; la experiencia de pérdida ocasiona tristeza y depresión<sup>10</sup>.

En 1965, Rene SPITZ en su libro *The First Year of Life*, identifica dos enfermedades que se producen por privación afectiva: la privación emocional parcial o depresión anaclítica y la privación emocional total u hospitalismo. La depresión anaclítica se produce en niños menores de un año, que fueron cuidados por sus madres (o cuidadores primarios estables) durante 6 meses y luego fueron separados de ellas por un período mayor de 3 meses. Durante el primer mes el niño se torna llorón y exigente; en el segundo mes el lloriqueo cambia a gemidos, el peso disminuye y el desarrollo se detiene; y a partir del tercer mes se niegan al contacto, yacen postrados en sus camas, se inicia el insomnio, el peso disminuye marcadamente, hay tendencia a contraer enfermedades intercurrentes, el retraso motor se generaliza y se inicia la rigidez facial. Si se le reúne con su madre antes de los 5 meses el niño se puede recuperar. Si la separación es mayor de 5 meses, se produce el hospitalismo, el cuadro antes descrito empeora y se hace irreversible, el retraso motor es evidente, yacen boca arriba en sus camas, pasivos, no pueden darse vuelta, el rostro es inexpresivo, disminuye el índice de desarrollo, se producen infecciones, marasmo y

muerte<sup>11</sup>. En 1970 se realizó el IV Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras Europeos en Estocolmo, el tema fue "Los estados depresivos en la niñez y en la adolescencia" y se concluyó que la depresión en la infancia era una entidad psiquiátrica frecuente. En 1977, SCHULTEBRANDT & RASKIN publicaron con el auspicio del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, *Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models* donde se enfoca este problema en la población de niños en ese país<sup>7</sup>. A partir de esa década los trastornos afectivos en niños y adolescentes constituyen un área de interés para la investigación. Con la publicación de los Manuales Diagnósticos y Estadísticos (DSM), de la Asociación Psiquiátrica Americana, y las Clasificaciones Internacionales de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, se sistematizaron los criterios diagnósticos para estas enfermedades. Los manuales en vigencia son el DSM-IV y la CIE-10<sup>12,13</sup>.

Las primeras descripciones de cuadros maníacos en niños datan del siglo XIX. ESQUIROL en 1845, KRAEPELIN en 1921, KASANIN en 1931 y BLEULER en 1934. KRAEPELIN describió un caso de manía en un niño de 6 años y señaló que aproximadamente 0.5% de sus pacientes comenzaron su cuadro antes de los 10 años. KANNER y, posteriormente ANTHONY & SCOTT, la consideraron sumamente rara. Otros autores como CARLSON & STROBER; WEINBERG & BRUMBACK; WELLER *et al.*, según citan WELLER, WELLER & SVADJIAN<sup>7</sup>, revisaron por separado 157 casos reportados desde 1809 hasta 1912 de niños psicóticos y severamente perturbados y los confrontaron con los criterios diagnósticos DSM-III para manía. Encontraron que el 50% de

casos cumplía criterios para manía; sin embargo habían sido informados como trastorno de conducta, trastorno de déficit de atención con hiperactividad y esquizofrenia, de modo que se concluyó que la manía está subdiagnosticada en este grupo etéreo<sup>6,7,14</sup>.

### EPIDEMIOLOGIA

Diversos autores han estudiado la prevalencia de los trastornos depresivos en niños y adolescentes y los valores obtenidos fluctúan en rangos amplios. Esto se debe posiblemente a las siguientes razones: 1) Se han estudiado poblaciones diferentes (población general y poblaciones clínicas en hospitales generales o en centros de atención psiquiátrica); 2) Problemas para la definición de depresión (síntoma, síndrome o trastorno); 3) El empleo de diferentes métodos de evaluación (cuestionarios de autoaplicación, entrevistas clínicas, entrevistas con otros informantes como padres o maestros); 4) Dificultades para definir criterios diagnósticos (puntos de corte en autoaplicación).

Se observa que en niños preescolares el trastorno depresivo mayor es raro (menor de 1%), mientras que en niños escolares alcanza una prevalencia cercana al 2%. Es importante plantear si los instrumentos que se usan para evaluar la presencia de depresión en niños menores de 2.5 años son válidos, sensibles y confiables. Se cree que el incremento en la prevalencia de depresión mayor entre escolares se debe a la mayor capacidad para darse cuenta de lo que ocurre con ellos mismos, a la mayor capacidad para conceptualizar y para verbalizar síntomas y a las mayores presiones de rendimiento académico y social a los cuales está

sometido el niño en esta etapa<sup>15</sup>. Entre los adolescentes se encuentra un notorio aumento de la prevalencia de depresión mayor, se postula que existe relación con la acelerada maduración biológica propia de esta etapa del desarrollo y a que los síntomas y los métodos de evaluación se acercan más a los utilizados en adultos: Se observa además predominancia en el sexo femenino en púberes. Sobre la depresión en poblaciones psiquiátricas se observan valores elevados tanto para escolares como para adolescentes en comparación con la población general. Por otro lado se ha demostrado que los niños con depresión presentan alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como trastornos de ansiedad, de conducta, y trastorno de déficit de atención con hiperactividad<sup>31</sup>.

En los trabajos presentados en la Tabla 1 se observa que se han empleado diferentes instrumentos. Las escalas de autorreporte ofrecen cierta dificultad porque como ya ha sido señalado, en esta etapa de la vida las funciones cognitivas, el lenguaje entre ellas, se encuentran en desarrollo, de tal forma que el "darse cuenta" y la posibilidad de expresar de manera adecuada los síntomas se hallan limitadas. Las entrevistas semi-estructuradas y estructuradas permiten acercarse más al diagnóstico y sirven como parámetro de evolución; existen entrevistas diseñadas para ser aplicadas a los niños, a los padres y maestros, lo que da mayor solidez a los resultados. Recoger información de los padres y de los maestros resulta fundamental en este grupo etéreo.

Otra línea de investigación es el estudio de depresión en poblaciones pediátricas, así en 1981, KASHANI *et al.*<sup>32</sup> informaron, luego de entrevistar a 100 niños entre los 7 y 12 años y a uno de sus padres en un servicio de pediatría general,

TABLA 1

Instrumentos	Tipo de población		Tipo de población	Resultados
KASHANI & RAY <sup>17</sup> 1983	241	Cuestionario a niños y padres	Población no clínica PREESCOLARES	Prev depresión: 0.4% Padres: "lo vieron triste" Niños: con ideación suicida.
KASHANI, HOLCOMB & ORVASCHEL <sup>18</sup> 1986	109	Evaluación estruct. niños Cuestion padres y maestros	Población no clínica PREESCOLARES	5 niños y 4 niñas, (8.3%) con cuadro depresivo; Depresión mayor: 0.9%
KASHANI, RAY & CARLSON <sup>19</sup> 1984	100	Evaluac. niños E. S-E a padres. Interacc p-n	Población clínica PREESCOLARES	Dos niños y 2 niñas con cuadros depresivos; uno con depresión mayor (1%) y otro con distimia.
KASHANI & CARLSON <sup>20</sup> 1987	1000	Evaluac. niños E. S-E a padres Interacc p-n	Población clínica PREESCOLARES	Prev. depresión mayor: 0.9%. De hogares rotos, abusados o descuidados.
KASHANI, MCGEE, CLARKSON <i>et al.</i> <sup>21</sup> 1983	189	K-SADS-E en niños E. E. padres y maestros	Población no clínica ESCOLARES	Prev. depresión mayor: 1.8% y 2.5% para distimia. Prev. de vida: 1.1% para dep. mayor y 9.7% para distimia.
ANDERSON, WILLIAMS, MC GEE & SILVA <sup>22</sup> 1987	792	Entrev niños DISC-C. Cuest. padres y maest.	Población no clínica ESCOLARES, < 11 años	Prev. 1 año de depresión mayor: 1.8%; 5 niños/4.1 niñas; en niñas más severa
ALESSI & MAGEN <sup>23</sup> 1988	160	Entrev niños Listado de conductas	Población clínica ESCOLARES	Cuadro depresivo en 16%; depresión mayor: 10% y distimia 6%.
KASHANI, CANTWELL, SEKIM & REID <sup>24</sup> 1982	100	Entrev niños	Población clínica ESCOLARES	Depresión mayor: 13%; en 62% hubo dificultades en rendimiento escolar.
KASHANI, CARLSON, BECK <i>et al.</i> <sup>25</sup> 1987	150	E.E a padres y niños	Población no clínica ADOLESCENTES	Prev. depresión mayor 4.7% (dep. doble) y distimia 3.3%; 5 mujeres/1 varón
KANDEL & DAVIES <sup>26</sup> 1982	8206	Escalas de autorreporte Cuestionario a padres	Población no clínica ADOLESCENTES	Severamente deprimidos: 18%. Los jóvenes informaron más humor disfórico que los padres. Más frecuente en mujeres.
WHITAKER, JOHNSON & SHAFFER <sup>27</sup> 1990	5596	E. estructurada Esc Beck	Población no clínica ADOLESCENTES	Prev. de vida para depresión mayor: 4.0 % y distimia: 4.9%
GARRISON, WALLER, CUFFE <i>et al.</i> <sup>28</sup> 1996	359	K-SADS y CGAS, niños y madres	Población no clínica 11 a 16 años	Incidencia (1 año) para depresión mayor: 3.3% y distimia 3.4%
ROBINS, ALESSI, COOK, <i>et al.</i> <sup>29</sup> 1982		RDC	Población clínica hospital psiquiátrico ADOLESCENTES	Trastorno depresivo en 27%.
STROBER, GREEN & CARLSON <sup>30</sup> 1981	95	Entrevista estructurada SADS	Población clínica hospital psiquiátrico ADOLESCENTES	Trastorno depresivo en 17.8%

E.E: entrevistas estructuradas. E. S-E: entrevistas semi-estructuradas. Interacc. p-n: observación de la interacción padre-niño. RDC: Criterios diagnósticos para investigación K-SADS: Schizophrenia and affective disorders schedule versión para niños. CGAS: Escala de funcionamiento global.

que 7% presentaban depresión mayor, cuatro de ellos estaban en el servicio de gastroenterología pediátrica (los diagnósticos pediátricos fueron encopresis, vómitos recurrentes y "síndrome de intestino irritable"). Otro hallazgo importante fue la alta frecuencia de humor disfórico que aquejaban los pacientes (38%). En un servicio de cardiología pediátrica se estudiaron 100 niños entre los 6 y 18 años, las entrevistas se hicieron por separado a los niños y a sus padres y se halló que 13% cumplían criterios para depresión mayor, 51% tenían humor disfórico y el síntoma que más se presentó entre los niños con depresión fue dolor pectoral<sup>33</sup>. KASHANI y HAKAMI<sup>34</sup> estudiaron 35 niños entre 6 y 17 años que acudían a un servicio hematológico-oncológico; 17% estaban deprimidos y la mayoría tenía el diagnóstico de leucemia. McCracken cita dos estudios donde la prevalencia de depresión fue de 23% en niños y adolescentes que acudían a servicios ortopédicos por anomalías congénitas o traumas severos y que requirieron varias hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas; y una prevalencia de vida para depresión mayor de 27% en niños con enfermedad intestinal inflamatoria<sup>16</sup>. En un grupo de 124 preadolescentes que presentaban dolor difuso se investigó la presencia de fibromialgia y de síntomas depresivos. Se concluyó que en los niños con dolor musculoesquelético se presentaban problemas emocionales y de conducta y en aquellos en los que se diagnosticó fibromialgia, la comorbilidad con depresión fue elevada<sup>35</sup>. En conclusión la prevalencia de trastornos depresivos en poblaciones pediátricas es mayor en patologías crónicas que en las agudas, especialmente si se acompañan de desfiguración, dolores o síntomas prominentes u hospitalizaciones frecuentes.

La prevalencia de trastorno bipolar para adultos es de 1%, con un rango de 0.4

a 1.6% en población general<sup>6,12</sup>. CARLSON & KASHANI encontraron que de los 150 adolescentes estudiados (entre 14 a 16 años) con entrevistas diagnósticas estructuradas, el 14% cumplía criterios para manía si no se tomaba en cuenta el parámetro tiempo y que el 7.5% los cumplía sin tomar en cuenta el parámetro severidad; sin embargo, tomando en cuenta severidad y duración, sólo 0.6% recibieron el diagnóstico de manía<sup>7,36</sup>. El DSM-IV señala que existen indicios suficientes para afirmar que en sujetos jóvenes se tiende a sobrediagnosticar esquizofrenia a expensas del trastorno bipolar y que aproximadamente 10 a 15% de los adolescentes con episodios depresivos recidivantes mayores presentarán trastorno bipolar. El trastorno bipolar ocurre con igual incidencia en hombre y en mujeres<sup>12</sup>.

### ETIOPATOGENIA

La etiología de los trastornos afectivos en los niños y adolescentes es menos clara que en los adultos, los estudios realizados en los últimos años apuntan hacia una etiología multicausal; se revisarán brevemente las principales teorías biológicas y psicológicas<sup>6,7,16,37,38</sup>.

#### *Teorías biológicas*

1. Alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal: en adultos con depresión se ha documentado la secreción elevada de cortisol y no supresión al test de dexametasona (TD) que sería un marcador de estado. En niños y adolescentes también se ha detectado hipercortisolemia; sin embargo, los resultados aún no son concluyentes; las diferencias encontradas en el dosaje plasmático de cortisol durante las 24 horas en niños con depresión, con otra patología psiquiátrica y en niños normales no son

- estadísticamente significativas<sup>6,16</sup>. WELER informó hipercortisolemia y respuesta positiva (no supresión) al TD en 54% de los niños y adolescentes con depresión estudiados, siendo esta respuesta más prominente entre los niños prepúberes que entre los adolescentes<sup>7</sup>. Se acepta que en niños la respuesta positiva al TD es de ayuda diagnóstica y predice la evolución del cuadro y que la respuesta negativa no descarta la enfermedad.
2. Respuesta anormal de la hormona de crecimiento (HC): en pacientes con depresión mayor se ha demostrado aplanamiento en la secreción de HC en respuesta a la hipoglicemia inducida con insulina, y disminución en respuesta a la estimulación con clonidina. En niños y adolescentes deprimidos se ha encontrado hiposecreción de HC en respuesta a hipoglicemia, pero durante el sueño hay hipersecreción de la misma que persiste luego de la recuperación del episodio depresivo. Igual respuesta ha sido informada en niños no deprimidos hijos de padres con depresión lo que sugiere se trate de un marcador de rasgo.<sup>6,7,16</sup>
  3. Teoría catecolaminérgica: los niveles de norepinefrina estarían disminuidos en pacientes con depresión. En niños y adolescentes también se ha encontrado disminución del metabolito urinario de norepinefrina (3metoxi-4hidroxifenilglicol), sin embargo se requiere replicarlo con muestras mayores.
  4. Estudios de sueño: en adultos se ha demostrado acortamiento del período de latencia e incremento de la densidad del sueño REM, reducción del sueño delta y disminución en la eficiencia del sueño. En niños y adolescentes los resultados aún son controversiales.
  5. Estudios de familia y genéticos: la prevalencia de enfermedad depresiva en niños y adolescentes con antecedentes familiares positivos es significativamente alta. Los valores varían entre 8 a 74% para la descendencia de padres con depresión mayor y de 23 a 92% en trastornos bipolares<sup>7</sup>. Los valores tan amplios obedecen a diferencias en edad de los grupos estudiados, métodos de evaluación y definición de caso. En adultos, los estudios de concordancia para trastornos afectivos revelan cifras de 2 a 5 veces mayores en monocigotos (MC) vs. dicigotos (DC); para trastorno bipolar la concordancia MC/DC es 69/19 y para depresión mayor es 54/24<sup>7</sup>. Los estudios de adopción han demostrado alta prevalencia de trastornos afectivos en niños adoptados descendientes de padres con enfermedades afectivas. Se ha demostrado además que el paciente que inicia muy tempranamente su enfermedad (depresión unipolar o bipolar), tienen mayor probabilidad de tener familiares afectados y entre los pacientes con depresión unipolar se detecta frecuentemente alcoholismo en la familia. Los estudios de seguimiento de niños con padres con depresión unipolar han permitido determinar que estos niños tienen una probabilidad 3 veces mayor de padecer algún trastorno afectivo y 6 veces mayor de padecer depresión unipolar que los hijos de sujetos sanos; y que presentan con mayor frecuencia otras patologías como trastornos de conducta, de déficit de atención con hiperactividad, de abuso de sustancias y trastornos de ansiedad. El impacto de la depresión en los padres es compleja ya que los síntomas interfieren en la interacción con el niño y con el resto de la familia.

*Teorías psicológicas*<sup>6,7,16,37</sup>

1. Modelo psicoanalítico: postula que la depresión se debe a la pérdida real o imaginaria del objeto ambivalentemente amado con la consiguiente internalización de agresividad, rabia y culpa.
2. Modelo de estrés: los estresores vitales o los cambios en el ambiente que necesitan reajustes causan depresión. Se postula que los síntomas depresivos en los niños se producen como una reacción a problemas familiares como agresión parental, disciplina punitiva y discordia entre los padres. También se ha detectado actitudes inadecuadas como rechazo en los familiares de niños con depresión, de modo que es difícil determinar si el estresor produce la enfermedad o la enfermedad actúa como estresor.
3. Modelo conductual de reforzamiento: postula que los sentimientos y comportamientos depresivos son causados por insuficientes o inadecuados reforzamientos positivos. Las habilidades sociales disminuidas en los niños con depresión, limitarían aún más la llegada de refuerzos positivos.
4. Modelo de desesperanza aprendida: la ocurrencia de eventos percibidos como incontrolables causa en la persona vulnerable sentimientos de desesperanza e incapacidad para enfrentar las demandas de la vida.
5. Modelo de distorsión cognitiva: la persona que responde al estrés con ideas negativas acerca de sí misma, del mundo y del futuro (triada cognitiva) con mayor probabilidad se deprimirá.

Estas personas seleccionan la información negativa que refuerza su visión negativa del mundo y de sí mismos. Tienden a pensar de modo dicotómico (todo o nada), a sobregeneralizar, exagerar, a identificar como catástrofes lo que les ocurre y pensar que nada cambiará.

6. Modelo de auto-control: las personas con depresión tendrían déficits en su autoevaluación, autoreforzamiento y automonitorización. Se centran en las consecuencias a corto plazo de su conducta, atribuyen sus éxitos al entorno y las fallas a ellos mismos.

*CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO*

Múltiples interrogantes surgen en torno a la fenomenología de los trastornos afectivos en los niños y adolescentes: ¿los criterios diagnósticos usados para adultos son válidos para los niños?, ¿existen síntomas especiales en los niños?, ¿los síntomas cambian según la etapa de desarrollo?, etc. Estas y otras interrogantes son actualmente materia de estudio. En la CIE-10<sup>13</sup> se clasifica los Trastornos del Humor (F30-F39), los criterios son válidos para toda edad; sin embargo, existe un acápite signado con F90-98 para los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia donde se especifican diversos trastornos afectivos y conductuales que se inician en etapas tempranas como el trastorno disocial depresivo. En el DSM-IV<sup>12</sup> los criterios son válidos para adultos y niños, con algunas atenciones como se observa en el cuadro siguiente.

### **Criterios diagnósticos DSM-IV para episodio depresivo mayor**

- A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1) estado de ánimo depresivo, o 2) pérdida de interés o la capacidad para el placer.

*Nota: No se debe incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delusivas o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.*

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día según lo indica el sujeto o la observación realizada por otros. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
  2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas las actividades.
  3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (cambio en más de 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En los niños fracaso en lograr el peso esperado.
  4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
  5. Agitación o entecimiento psicomotor casi cada día.
  6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
  7. Sentimiento de inutilidad o de culpa excesivo o inapropiado (que pueden ser delusivos) casi cada día.
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.
  9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, intento suicida o plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen criterios para episodio mixto (se cumplen criterios para depresión y manía)
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica o a efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, medicamento).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, persisten por más de dos meses o producen gran incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entecimiento psicomotor.

La identificación de síntomas depresivos en los niños no es tarea fácil; los padres difícilmente pueden describir los síntomas de su hijo, pero sí brindan información valiosa sobre cambios en la conducta como mal humor, quejas de estar aburridos, pobre concentración o cambios en el sueño y en el apetito, y la cronología de los eventos. HANNA señala que la evaluación clínica se basa en el examen comprensivo del niño y de su entorno y consta de entrevistas con los padres sobre el niño y ellos mismos, entrevistas al niño, entrevistas a la familia, uso de instrumentos diagnósticos (al niño, padres, maestros, pares u otras personas significativas en

la vida del niño), examen físico y neurológico y evaluaciones de laboratorio y psicológicas<sup>39</sup>. PUIG-ANTICH señala que en las entrevistas con los niños se debe: 1) preguntar cuidadosamente, no esperar que el niño espontáneamente describa sus síntomas; 2) usar diferentes términos para buscar los síntomas depresivos o humor disfórico y para poder diferenciar los sentimientos ocasionales de fastidio de 6) usar juguetes o títeres para facilitar la entrevista<sup>6</sup>.

Diversos autores han estudiado el cuadro clínico depresivo según la edad, en la tabla siguiente se presentan algunos de ellos.

**TABLA 2**

**CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION MAYOR SEGUN EDAD**

AUTORES AÑO	PREESCOLARES	ESCOLARES	ADOLESCENTES
CARLSON, G. & KASHANI, J. <sup>40</sup> 1988	Quejas somáticas, baja autoestima y apariencia depresiva.	Anhedonia, variación diurna de los síntomas, sentimientos de desesperanza, retardo psicomotor y delusiones.	
	El ánimo depresivo, insomnio de la concentración e ideación suicida.		
RYAN, N. <i>et al.</i> <sup>41</sup> 1987	Apariencia depresiva, quejas somáticas, agitación psicomotora, trastornos fóbicos, ansiedad de separación y alucinaciones.	Anhedonia, hpersomnia, sentimientos de desesperanza, cambios en el peso y abuso de drogas.	
AJURIAGUERRA; J. <sup>42</sup> 1977	Enuresis, onicofagia, manipulación genital, miedos nocturnos, crisis de llanto y gritos	Rumiación, ideas e impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad y depresión siendo la cefalea dominante como síntoma psicossomático	
CARLSON, G. & ABBOTT, S. <sup>6</sup> 1995	Apariencia sombría o de enfermo, lloroso, irritable, enuresis, encopresis, quejas somáticas, conductas negativistas o autodestructivas.	Conductas disruptivas, dificultades académicas y problemas con pares, agresividad, intentos suicidas, ansiedad, tristeza, cambios en el sueño anorexia y quejas somáticas.	Tras. de conducta y de ansiedad, disforia, apatía anhedonia, concentración, retardo psicomotor, irritabilidad, hipersomnia, síntomas psicóticos.
WELLER, E., WELLER, R. & SVANDIJAN, H. <sup>7</sup> 1996	Apariencia de indiferencia, cambios en el apetito y sueño, llanto.	Tristeza, llanto, retardo motor, voz monótona, autodescripciones con términos negativos, disminución del rendimiento escolar, quejas somáticas.	Semejante a adultos, alta prevalencia de suicidio y consumo de drogas.
DSM-IV <sup>12</sup>	Quejas somáticas, irritabilidad, aislamiento social	Se presenta en forma simultánea con otros trastornos: de conducta, de déficit de atención y de ansiedad	En lentecimiento psicomotor, hipersomnia, ideas delusivas. Cursa además con trast. disocial, abuso de sustancias y trastorno de conducta alimentaria.

En niños y adolescentes la manía representa un trastorno de externalización ya que el paciente informa sentirse bien y las quejas vienen del entorno. Antes de los 9 años el cuadro es difícil de diferenciar porque se superpone a problemas orgánicos u otra psicopatología; se ha observado principalmente ánimo disfórico, síntomas mixtos de irritabilidad con depresión y co-ocurrencia con conductas disruptivas. Durante la adolescencia, el episodio maniaco es frecuentemente confundido con esquizofrenia por la intensidad y características de los síntomas psicóticos que llegan a confundir o enmascarar los síntomas afectivos, el diagnóstico se hace longitudinalmente. Se

ha llegado a determinar que son predictores de trastorno bipolar el inicio abrupto de los síntomas, el buen funcionamiento premórbido, la presencia de síntomas afectivos que precedieron el episodio y la historia familiar de enfermedad afectiva<sup>6,43</sup>. Los episodios maniacos en adolescentes se asocian a mal comportamiento escolar, conducta antisocial, fracaso escolar o consumo de sustancias. Una minoría significativa de adolescentes puede presentar historia de problemas de comportamiento de larga duración que preceden al inicio del episodio maniaco franco y no está claro si es un pródromo o es un trastorno independiente<sup>12</sup>.

#### Criterios diagnósticos DSM-IV para episodio maniaco

- A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o menos si es necesaria la hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es irritable) y ha habido un cambio significativo:
  1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
  2. Disminución de la capacidad de dormir.
  3. Más hablador de lo habitual o verborrécico.
  4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva que el pensamiento está acelerado.
  5. Distrabilidad.
  6. Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora.
  7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.
- C. Los síntomas no cumplen criterios para episodio mixto (se cumplen criterios para depresión y manía).
- D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar deterioro laboral, las actividades sociales habituales, las relaciones con los demás necesitando hospitalización para la protección de sí mismos protegiendo a los demás, o si hay síntomas psicóticos.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Para fines de diagnóstico diferencial

de depresión mayor se debe tener en cuenta los siguientes puntos: 1) saber que trastornos deben ser descartados para

hacer el diagnóstico de depresión. 2) que trastornos semejan un episodio depresivo pero no lo son, y 3) existe la posibilidad de comorbilidad. Otro factor importante es la etapa de desarrollo para determinar si

una conducta o síntoma es anormal o es parte del desarrollo normal. En la siguiente tabla se resumen los diagnósticos diferenciales más importantes de acuerdo a la edad.

**TABLA 3**

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL SEGUN LA ETAPA DE DESARROLLO**

Preescolares	Escolares	Adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• negligencia</li> <li>• abuso</li> <li>• fallas en el crecimiento y desarrollo</li> <li>• separación</li> <li>• trastorno de ansiedad</li> <li>• trast. de ajuste con humor depresivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trast. de ajuste con humor depresivo</li> <li>• trast. de ansiedad:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• abuso de alcohol o drogas</li> <li>• trast. de ansiedad</li> <li>• esquizofrenia</li> </ul>

1.- Enfermedades médicas. En la siguiente tabla se presentan las condiciones médicas que semejan depre-

sión o que se asocian a mayor riesgo de padecerla en niños y adolescentes.

**TABLA 4**

**CONDICIONES MEDICAS QUE SE ASOCIAN A DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES<sup>6,44</sup>**

Infecciones y tumores	Trastornos neurológicos	Cardiovascular y tej. conectivo	Trastornos endocrinológicos	Medicamentos	Otros
encefalitis mononucleosis malaria postinfluenza neumonía tuberculosis hepatitis sífilis SIDA	epilepsia postconcusión hem. subaracn. ACV esclerosis múltip. Corea Huntington miastenia gravis Enf.Parkinson demencia	cardiomiopatía isquemia cerebral insuf. cardíaca. congestiva infarto de mioc.   poliarter. nodosa lupus eritematoso sistémico.	diabetes Enf. de Cushing Enf. de Addison hipotiroidismo hipertiroidismo hiperparatiroidismo hipopituitarismo	antihipertensivos barbitúricos benzodicepinas corticosteroides contraceptivos orales cimetidina aminofilina anticonvulsivantes  clonidina digital diurét. tiazidicos	abuso de alcohol y otras drogas insf. renal crónica diálisis hipocalcemia hiponatremia anemia  Enf. de Wilson porfiria uremia beri-beri pélagra hipervitaminosis A

2.- Otros trastornos psiquiátricos: El diagnóstico diferencial con el trastorno de adaptación con humor depresivo (TAHD) se hace en función al número de síntomas depresivos más que a la magnitud y tipo de estresor. El tiempo de aparición de los síntomas para el TAHD debe estar entre los 3 a 6 meses de ocurrido el estresor, los síntomas pueden ser severos pero no están presentes en suficiente número para establecer el diagnóstico de depresión mayor y el mejor predictor de buena respuesta parece ser que el humor depresivo se acompañe de tres o menos síntomas. Con trastornos de ansiedad y de conducta es más difícil establecer el diagnóstico diferencial ya que muchas veces coexisten y es necesario hacer ambos diagnósticos. Existe alguna evidencia que los trastornos de ansiedad y de conducta que se inician a edades muy tempranas y preceden al cuadro depresivo tienden a persistir luego de la remisión de los síntomas depresivos.

En adolescentes con depresión severa puede haber una pérdida importante de

peso corporal acompañada de anergia y agitación lo que debe ser diferenciado de un cuadro de anorexia nerviosa; se debe buscar distorsión de la imagen corporal o preocupación excesiva con el peso, maniobras para evitar ingerir alimentos y ejercicios compulsivos.

Diagnóstico diferencial con manía e hipomanía: depende también de la etapa del desarrollo. En niños prepúberes los principales diagnósticos diferenciales son trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno de conducta oposicionista. Los límites entre estas patologías no están bien limitados, muchas veces coexisten, y se ha encontrado que un grupo de adolescentes con trastorno bipolar tenían historia personal o familiar de hiperactividad o trastornos de conducta. Es importante tener en cuenta que los adolescentes bipolares pueden debutar con episodios psicóticos que semejen esquizofrenia. Existen condiciones médicas que semejan cuadros maniacos:

**TABLA 5**  
CONDICIONES MEDICAS QUE SEMEJAN EPISODIOS MANIACOS<sup>7</sup>

Infecciones	Endocrinas	Neurológicas	Tumores	Medicamentos	Otros
encefalitis sífilis influenza SIDA	hipertiroidismo	convulsiones trauma cefálico esclerosis múltiple ACV Enf Wilson	talámicos gliomas meningiomas	esteroides isoniazida simpaticomiméticos	abuso de alcohol abuso anfetaminas abuso alucinógenos anemia hemodiálisis

### TRATAMIENTO

El plan de tratamiento se estructura bajo una perspectiva biopsicosocial: psicoterapia (individuales, de grupo, familiar, etc.), uso de medicación, evaluación y

planeamiento educacional, entrenamiento en habilidades sociales. Se deben valorar los siguientes aspectos: las condiciones que propician la referencia del paciente, la duración y severidad de los síntomas depresivos, la posible comorbilidad, los

factores que podrían perpetuar el trastorno y las habilidades e intereses del niño<sup>6,45,46</sup>. La hospitalización se restringe a riesgo suicida, necesidad de proteger al paciente de maltrato en el entorno, conductas agresivas de difícil manejo, consumo de alcohol o otras sustancias, supervisión estricta de medicamentos y condiciones médicas que lo ameriten.

Para la elección de la modalidad de intervención psicosocial y psicoterapéutica, debe evaluarse el desarrollo emocional y cognitivo del niño; estas modalidades pueden ser:

1. Psicoterapia de familia: estructural, psicodinámica, conductual.
2. Psicoterapia individual: psicodinámica, conductual, cognitiva.
3. Tratamientos fuera de la casa: hospitalización, hospitalización de día.
4. Psicoeducación: sobre la enfermedad, factores asociados, partes del tratamiento y pronóstico.

BIRMAHER revisó la literatura, de un período de 10 años, sobre tratamiento farmacológico en niños y adolescentes con depresión mayor. Señaló que en la mayoría de estudios controlados con antidepresivos tricíclicos no se ha demostrado la superioridad del fármaco con respecto a placebo (cifras cercanas al 50%). Releva como limitaciones de estos estudios: el reducido tamaño de las muestras, la inclusión de pacientes con depresiones moderadas o en atención ambulatoria, la presencia de comorbilidad como trastornos disruptivos que responden bien a placebo, y la corta duración de los ensayos. La poca eficacia de los fármacos tricíclicos se podría explicar por ciertos factores del desarrollo, como metabolismo más acelerado e inmadurez del sistema noradrenérgico en los niños, que afectarían la respuesta a los medicamentos; por otro lado parece ser que los niños son más susceptibles a la interacción

con el terapeuta, lo que explicaría la alta respuesta a placebo. Al igual que en los adultos, para evitar recaídas, el tratamiento debe prolongarse entre 6 a 12 meses, el retiro de los fármacos debe ser gradual y si hay antecedente de episodios previos con características psicóticas o severos intentos de suicidio el tratamiento debe mantenerse de 3 a 5 años y en algunos pacientes se considera el tratamiento de por vida<sup>47</sup>. Mc CRACKEN señala también que los niños no se benefician tanto como los adultos de la medicación y postula como posibles explicaciones: factores etiopatogénicos diferentes en los niños, altas tasas de comorbilidad, influencias ambientales, mejor respuesta en los niños a placebo, necesidad de usar otra medicación (no tricíclica) para inducir mejoría y altos índices de trastorno bipolar en niños y adolescentes lo que dificultaría la respuesta a antidepresivos. Como efectos colaterales de la medicación tricíclica en niños y adolescentes cita: boca seca, irritabilidad, cefalea, insomnio, dolor abdominal, sudoración, mareos, sensación de fatiga y enrojecimiento facial que aparece con el ejercicio físico. Los efectos cardiovasculares como aumento leve de la presión arterial, hipotensión ortostática y cambios electrocardiográficos (dosis dependientes) deben ser seguidos de cerca<sup>45</sup>.

Los fármacos ISRS parecen ser una alternativa para el tratamiento de niños y adolescentes con depresión mayor, sin embargo existen muy pocos trabajos publicados. EMSLIE *et al.*, realizaron un estudio doble ciego-controlado con 97 pacientes entre los 7 y 17 años con diagnóstico de depresión mayor no psicótica, emplearon 20 mg/día de fluoxetina. Entre los pacientes que recibieron fluoxetina se comprobó mejoría en el 56% vs 33% de los que recibieron placebo<sup>48</sup>. Como efectos secundarios de la fluoxetina en niños y adolescentes se ha informado intranquili-

dad, disturbios del sueño, desinhibición social y sensación subjetiva de excitación. Otros efectos secundarios de los ISRS son molestias gástricas, náuseas, diarreas,

cefalea, mareos, y ansiedad. Se advierte además sobre la posibilidad de viraje a manía sobre todo si existe el antecedente familiar de hipomanía o manía<sup>7</sup>.

**TABLA 6**

GUIA PARA EL USO DE FARMACOS ANTIDEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DEPRESION MAYOR<sup>45</sup>

Medicamento	Dosis sugerida	Nivel plasmático efectivo
Amitriptilina	3-5 mg/k/día	no conocido
Clompramina	2-3 mg/k/día	no conocido
Nortriptilina*	1-2 mg/k/día	60-100 ng/ml
Fluoxetina	5-40 mg/día	no conocida

\* Medido 10 a 12 horas luego de la última dosis

\*\* En nuestro medio la nortriptilina se expende combinada con flufenazina.

Cuadro modificado según fármacos disponibles en nuestro medio.

El tratamiento del episodio maniaco incluye la hospitalización para asegurar la seguridad del paciente, y un estudio de laboratorio completo para iniciar el tratamiento con litio. Los niños y adolescentes toleran mejor el litio y los niveles de litemia deben fluctuar entre 0.6 a 1.2 mEq/l. Como efectos secundarios destacan náuseas, aumento del apetito, ganancia de peso, enuresis, tremor y acné. La diarrea es un signo precoz de toxicidad que puede llegar a ser muy grave. Otros estabilizadores del

ánimo han sido menos estudiados en niños y adolescentes pero se constituyen en una alternativa terapéutica cuando no hay buena respuesta a litio. Otra modalidad de tratamiento somático que se emplea en casos muy especiales es la electroconvulsivoterapia; la Asociación Psiquiátrica Americana establece que dos psiquiatras experimentados y que no han participado en el tratamiento del niño opinen a favor de este procedimiento antes de emplearlo.

**TABLA 7**

FARMACOS ESTABILIZADORES DEL ANIMO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES<sup>7</sup>

Medicamento	Dosis (mg/k/día)	Niveles plasmáticos (mEq/L)	Efectos colaterales
Litio	30	0.6-1.4	SNC, gastrointestinal, endocrino.
Carbamazepina	15 - 30	3-11	SNC, gastrointestinal, médula ósea.
Acido valproico	25 - 60	50-120	Gastrointestinal, hepatotóxico

**TABLA 8**  
**PROTOCOLO DEL USO DE LITIO<sup>7</sup>**

Peso corporal (kilos)	Dosis (mg)			Dosis total/día
	8 a.m.	12 m.	8 p.m.	
15-25	150	150	300	600
25-40	300	300	300	900
40-50	300	300	600	1200
50-60	600	300	600	1500

*En niños con retraso mental o trastornos orgánicos usar las menores dosis.*

### SUICIDIO

Los cuadros depresivos y la conducta suicida se hallan estrechamente vinculados. La conducta suicida se divide en tres categorías: 1) La ideación suicida va desde ideas que la vida no vale la pena ser vivida hasta planes bien definidos de autoeliminación. 2) El intento suicida (parasuicidio) se refiere a las conductas que se efectúan y cuya finalidad es la autoeliminación y que no tuvieron éxito; y 3) El suicidio se refiere a la muerte resultado directo o indirecto de un acto cometido por la víctima con pleno conocimiento del resultado del mismo<sup>49</sup>. Estas categorías muchas veces están relacionadas, la ideación suicida precede a los intentos y éstos al suicidio. En niños menores de 12 años el suicidio consumado es raro, se incrementa en edad puberal y su incidencia aumenta ostensiblemente a lo largo de la adolescencia<sup>49</sup>. Los estudios epidemiológicos realizados en USA sobre suicidio en adolescentes muestran: 1) La tasa de suicidios en adolescentes entre 14 a 19 años se ha incrementado cuatro veces en los últimos cuarenta años (2.7/100,000 a 11.3/100,000 habitantes). 2) El suicidio en niños y adolescentes está subinformado. 3) Los intentos suicidas y los suicidios consumados se incrementan dramática-

mente después de la pubertad; y 4) Como se observa en adultos, los intentos suicidas son más frecuentes entre las mujeres (9/1), las modalidades más comunes son sobredosis de fármacos y cortes autoinfligidos en antebrazos; los suicidios consumados son más frecuentes entre los varones (3/1), de raza blanca, mediante armas de fuego (62%) y ahorcamiento (19%). Se postula que el aumento de la prevalencia de depresión, de consumo de sustancias, impulsividad, conducta violenta y acceso fácil a armas de fuego explicarían el incremento de suicidio que se observa en los últimos años entre la población joven<sup>6</sup>. Los estudios de cohorte han permitido demostrar que la tasa de suicidios es mayor entre individuos nacidos después de la segunda Guerra Mundial (*Baby Boom Cohort*)<sup>7</sup>.

La conducta suicida es un síntoma complejo y está influenciado por factores socioculturales y personales como presencia de algún trastorno psiquiátrico, eventos de vida estresantes y pobre apoyo consideran la muerte como algo transitorio; entre los 5 y 9 años personifican la muerte y comienzan a tomar conciencia de la irreversibilidad de ésta; y es a partir de los 9 años que reconocen la muerte como un proceso interno, irreversible e inevita-

ble. Así, en edades tempranas la muerte puede ser conceptualizada como algo reversible y como una forma de vida alternativa<sup>50</sup>. Durante la adolescencia se deben cumplir las tareas de adquisición de identidad adulta, de independencia (de los padres y económica), un sistema propio de valores y aprendizaje de interrelación con contemporáneos y con el sexo opuesto, además de enfrentar los profundos cambios físicos que se van produciendo. En esta etapa, bajo ciertas circunstancias, se puede presentar sentimientos de desamparo y de desesperanza cuya expresión podría ser el intento suicida<sup>49</sup>. Los jóvenes que intentan suicidarse tienen dificultades para generar estrategias de afronte y fallas en la solución de problemas<sup>6</sup>.

Se ha identificado relación significativa entre conducta suicida y trastornos afectivos y trastornos de conducta disruptivos en prepúberes y adolescentes; y relación entre trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias psicotropas en intentos suicidas en adolescentes<sup>7</sup>. Una revisión sobre adolescentes suicidas y diagnósticos psiquiátricos reveló que la prevalencia de trastornos depresivos fluctuó entre 43 a 76%, de abuso de sustancias entre 26 a 66%, y de conducta antisocial de 6 a 70%; y a diferencia de lo observado en adultos la esquizofrenia no es una causa importante de suicidio en poblaciones jóvenes. Niños y adolescentes con trastornos de conducta e historia de agresión, impulsividad y dificultades escolares constituyen un grupo de riesgo para conducta suicida<sup>6</sup>. En cuanto a factores etiológicos, en el área biológica se han postulado diversas hipótesis: problemas en el neurodesarrollo, anomalías en la formación de los neuroreceptores, hipofunción serotoninérgica, disfunción hipotálamo-hipofiso-adrenal, vulnerabilidad genética e historia familiar de trastornos psiquiátricos como esquizofrenia y trastor-

nos del humor. Las relaciones familiares perturbadas unido a la falta de soporte social y de protección del niño, la presencia de enfermedades médicas, problemas de aprendizaje y ciertos factores socio-culturales están implicados en la etiología de la conducta suicida en niños y adolescentes<sup>6,7</sup>.

La evaluación del paciente suicida comprende: establecer empatía, analizar y entender el intento, determinar los factores de riesgo en esos momentos y a futuro, clarificar los problemas que afronta el paciente, identificar recursos personales, familiares y sociales para el afronte y la evaluación familiar<sup>6,7,49</sup>. El tratamiento va dirigido a disminuir la probabilidad de autoinjuria, por lo que la hospitalización está indicada. Las intervenciones psicoterapéuticas con el paciente pueden ser de varios tipos: dinámica, de soporte, y cognitiva. Es importante el análisis de las motivaciones para el acto suicida, y trabajar la incorporación de estrategias de afronte y técnicas de resolución de problemas. Si se identifica una base biológica para la conducta suicida o un trastorno psiquiátrico subyacente, se emplearán psicofármacos. La intervención familiar, desde orientación y soporte hasta tratamiento psiquiátrico está indicado<sup>6,7</sup>. Finalmente, en algunos países se han implementado programas preventivos dirigidos a poblaciones escolares que tienen como principales objetivos: concientizar a los adolescentes sobre este problema, entrenarlos en la identificación de adolescentes en riesgo e informarlos sobre lugares donde se brinda atención y el modo de llegar a ellos. La prevención del suicidio en niños y adolescentes debe ser multimodal, multisectorial y multidisciplinaria.

## CONCLUSIONES

1. El reconocimiento y estudio sistemático de la depresión mayor en niños y

- adolescentes datan del presente siglo.
2. La depresión mayor es rara en niños preescolares, la prevalencia llega a 1.8% en niños en edad escolar y aumenta ostensiblemente a partir de la pubertad y a lo largo de la adolescencia.
  3. En poblaciones clínicas que se atienden en los servicios de pediatría, la prevalencia de trastornos depresivos es alta, más si se trata de enfermedades crónicas, que se acompañen de desfiguración, dolor u otro síntoma prominente o de hospitalizaciones frecuentes.
  4. Los estudios etiopatogénicos apuntan hacia una etiología multicausal.
  5. El cuadro clínico de la depresión mayor varía según la edad cronológica y el estado de desarrollo.
  6. El plan de tratamiento se estructura bajo una perspectiva biopsicosocial.
  7. El uso de fármacos y de algún otro tipo de terapia biológica debe ser escrupulosamente considerado.

### RÉSUMÉ

*L'histoire, épidémiologie, pathogenèse, clinique et traitement des maladies affectives et en particulier de la dépression majeure chez les enfants et adolescents sont révisés. Le suicide est brièvement discuté et des conclusions sont faites.*

### ZUSAMMENFASSUNG

*Es wurden die historischen, epidemiologischen, etiopathogenetischen, klinischen Aspekte, bzw die Behandlung bei Kindern un Adoleszenten mit Depression studiert. Schliesslich hat auch der Verfasser einige Meinungen über Suizid gesammelt.*

### BIBLIOGRAFIA

1. KAPLAN, H., SADOCK, B. & GREBB, J. (1994): *Synopsis of Psychiatry* seven edition; Williams & Wilkins, Baltimore.-
2. GREENBERG, J. & COSTELLO, E. (1993): "The economic burden of depression in 1990". *J. Clin. Psychiatry*, 54: 405-418.-
3. WITTCHEN, H., KNAUPER, B. & KESSLER, R.C. (1994): "Lifetime risk of depression". *Br. J. Psychiatry* 165 Suppl. 26: 16-22.-
4. CASEY, D. (1994): "Striking a balance between safety and efficacy: experience with the SSRI sertraline". *Int Clin Psychopharmacology*, Suppl 3: 5-12.-
5. ROCA BENNASAR, M & BERNARDO, M. (1996): *Trastornos depresivos en patologías médicas*, Masson, S.A., Barcelona.-
6. CARLSON, G. & ABBOTT, S. (1995): "Mood disorders and suicide". En *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI; Kaplan, H. & Sadock, B. (Editors.), Williams and Wilkins; Baltimore; 2367-2392.-
7. WELLER, E., WELLER, R. & SVANDJIAN, H. (1996): "Mood disorders". En *Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook*. Lewis, M. (Editor), second edition; Williams & Wilkins, Baltimore; 650-665.-
8. SEGAL, H. (1964): Introducción a la obra de Melanie Klein. Paidós, Buenos Aires.-
9. AJURIAGUERRA, J. & MARCELLI, D. (1992): *Manual de Psicopatología del niño*. Masson, S.A., Barcelona.-
10. BOWLBY, J. (1969): "Attachment and Loss", Vols I, II y III; *Basic Books*, a Division of Harper Collins Publishers, segunda edición, USA.-
11. SPITZ, R. (1965): *The first Year of life*. International Universities Press, New York.-
12. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

- Disorders*, fourth edition, DSM-IV, Washington.- 13. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnosis guidelines*, Geneva.- 14. CANTWELL, D. (1992): Mood disorders: Preface: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1: XIII-XIV.- 15. POZNANSKI, E. & MOKROS, H. (1994): "Phenomenology and epidemiology of mood disorders in children and adolescents". En *Handbook of Depression in children and adolescents*; Reynolds, W & Johnston, H (Eds.), Plenum Press, New York.- 16. McCracken, J. (1992): "The epidemiology of child and adolescent mood disorders", *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 1: 53-72.- 17. KASHANI, J. & RAY, J. (1983): "Depressive related symptoms among preschool-age children in child developmental unit", *Child Psychiatry and human development* 13: 233-238.- 18. KASHANI, J., HOLCOMB, W. & ORVASCHEL, H. (1986): "Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population", *Am J Psychiatry*, 143: 1138-1143.- 19. KASHANI, J., RAY, J., & CARLSON, G. (1984): "Depression and depressive-like states in preschool-age children in child developmental unit", *Am J Psychiatry*; 141: 1397-1402.- 20. KASHANI, J. & CARLSON, G. (1987): "Seriously depressed preschoolers", *Am J Psychiatry*; 144: 348-350.- 21. KASHANI, J., McGEE, R., CLARKSON, S. *et al.* (1983): "Depression in a sample of 9-year-old children. Prevalence and associated characteristics", *Arch Gen Psychiatry*; 40: 1217-1223.- 22. ANDERSON, J., WILLIAMS, S., McGEE, R. & SILVA, P. (1987): "DSM-III disorders in preadolescent children", *Arch Gen Psychiatry*; 44: 69-76.- 23. ALESSI, N. & MAGEN, J. (1988): "Comorbidity of other psychiatric disturbances in depressed psychiatrically hospitalized children", *Am J Psychiatry*; 145: 1582-1584.- 24. KASHANI, J., CANTWELL, D., SEKIM, W. & REID, J. (1982): "Major depressive disorder in children admitted to an inpatient community mental health center", *Am J Psychiatry*, 139: 671-672.- 25. KASHANI, J., CARLSON, G., BECK, N. *et al.* (1987): "Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents", *Am J Psychiatry*, 144: 931-934.- 26. KANDEL, D. & DAVIES, M. (1982): "Epidemiology of depressive mood in adolescence", *Arch Gen Psychiatry*, 39: 1205-1212.- 27. WHITAKER, A., JOHNSON, J., SHAFER, D. *et al.* (1990): "Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population", *Arch Gen Psychiatry*, 47: 487-496.- 28. GARRISON, C., WALLER, J., CUFFE, S. *et al.* (1996): "Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents", *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 458-465.- 29. ROBINS, D., ALESSI, N., COOK, S. *et al.* (1982): "The use of the Research Diagnostic Criteria for depression in adolescent psychiatric inpatients", *J Am Acad Child Psychiatry*, 21: 251-255.- 30. STROBER, M., GREEN, J. & CARLSON, G. (1981): "Reliability of psychiatric diagnosis in hospitalized adolescents", *Arch Gen Psychiatry*, 38: 141-145.- 31. RYAN, N., PUIG-ANTICIL, J., AMBROSINI, P. *et al.* (1987): "The clinical picture of major depression in children and adolescents", *Arch Gen Psychiatry*, 44: 854-861.- 32. KASHANI, J., BARBERO, G. & BOLANDE, F. (1981): "Depression in hospitalized pediatric patients", *J Am Acad Child Psychiatry*, 20: 123-134.- 33. KASHANI, J., LABABIDI, Z. & JONES, R. (1982): "Depression in children and adolescents with cardiovascular symptomatology: The significance of chest pain", *J Am Acad Child Psychiatry*, 21: 187-189.- 34. KASHANI, J. & HAKAMI, N. (1982): "Depression in children and adolescents with malignancy", *Can J Psychiatry*, 27: 474-477.- 35. MIKKELSSON-M; SOURANDER-A; PIHA-J; SALMINEN-JJ (1997): "Psychiatric symptoms in preadolescents with musculoskeletal pain and fibromyalgia", *Pediatrics* 100: 220-7.- 36. CARLSON, G. & KASHANI, J. (1988a): "Manic symptoms in a non-referred adolescent population", *J Affect Disorder* 15: 219-226.- 37. KASLOW, N., BROWN, R. & MEL, L. (1994): "Cognitive and behavioral correlates of childhood depression", En *Handbook of Depression in children and adolescents*; Reynolds, W & Johnston, H (Editors.), Plenum Press, New York.- 38. EMSLIE, G., WEINBERG, W., KENNARD, B. & KOWATCH, R. (1994): "Neurobiological aspects of depression in children and adolescents", En *Handbook of Depression in children and adolescents*; Reynolds, W & Johnston, H (Editors.), Plenum Press, New York.- 39. HANNA, G. (1992): "Assessment of mood disorders", *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 1: 73-88.- 40. CARLSON, G & KASHANI, J. (1988): "Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies", *Am J Psychiatry* 145: 1222-1224.- 41. RYAN, N., PUIG-

- ANTICH, J., AMBROSINI, P. *et al.* (1987): "The clinical picture of major depression in children and adolescent". *Arch Gen Psychiatry* 44: 854-861.- 42. AJURIAGUERRA, J. (1977): *Manual de Psiquiatría Infantil*, cuarta edición. Masson, S.A., Barcelona.- 43. CARLSON, G. (1994): "Adolescent bipolar disorder: Phenomenology and treatment implications". En *Handbook of depression in children and adolescents*; Reynolds & Johnston (Editors). Plenum Press, New York-Londres.- 44. KASHANI, J. & BREEDLOVE, L. (1994): "Depression in medically ill youngsters". En *Handbook of Depression in children and adolescents*; Reynolds, W & Johnston, H (Editors.). Plenum Press, New York-Londres.- 45. McCracken, J. & Cantwell, D. (1992): "Management of child and adolescent mood disorder". En *Child and Adolescent Psychiatry clinics of North America*; 1: 229-255.- 46. JONGSMA, A., PETERSON, M. & MCINNIS, W. (1996): *The Child and Adolescent Psychotherapy: treatment planner*. J. Wiley & Sons, Inc, New York.-
47. BIRMAHER, B. (1997): "Should we use antidepressant medications for children and adolescents with depressive disorders?". *Infanto. Rev Neuropsiq. da. Inf. e Adol.* 5: 112-117.- 48. EMSLIE, G., RUSH, A., WEINBERG, W. *et al.* (1997): "A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescent with depression". *Arch Gen Psychiatry* 54: 1031-1037.- 49. KIENHORST, C., DE WILDE, E. & DIEKSTRA, R. (1995): "Suicidal behavior in adolescent". En *The Depressed Child and Adolescent: Developmental and Clinical Perspectives*. Goodyer I. (Editor), Cambridge University Press, Cambridge.- 50. POLAINO, A. (1988): "Depresión y suicidio infantil". En *Las Depresiones Infantiles*; A. Polaino-Lorente; ediciones Morata S.A., Madrid.- 51. PARRY-JONES, W. (1995): "Historical aspects of mood and its disorders in young people". En *The Depressed Child and Adolescent: Developmental and Clinical Perspectives*. Goodyer I. (Editor), Cambridge University Press, Cambridge.

---

*Agradecimiento.* A los doctores Javier Mariátegui y Guido Mazzotti por su permanente estímulo y apoyo.